



Enfermería Global

ISSN 1695-6141

Revista electrónica trimestral de Enfermería

Nº 50

Abril 2018

www.um.es/eglobal/

REVISIONES

La comodidad del paciente en cuidados intensivos – una revisión integradora

O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa

Comfort care of the patient in intensive care – an integrative review

José Manuel Silva Faria ¹Patrícia Pontífice-Sousa ²Mário João Pinto Gomes ³¹ Alumno de Máster en Enfermería Médico-Quirúrgica.² Profesor Auxiliar de la Universidad Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal.³ Enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de la Luz. Lisboa. Portugal.E-mail: jmsfaria@gmail.com<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>

Recibido: 22/08/2016

Aceptado: 06/11/2016

RESUMEN:

Objetivo - Identificar las necesidades y las medidas de comodidad del paciente internado en cuidados intensivos.**Material y Método** - Las preguntas de la investigación son: ¿cuáles son las necesidades de comodidad del paciente internado en cuidados intensivos? Y ¿cuáles las medidas que promueven comodidad al paciente internado en cuidados intensivos? Se procedió al análisis de las palabras clave del DeCS y MeSH en el ámbito de la comodidad del paciente mayor en cuidados intensivos. Búsqueda booleana en los motores de búsqueda de bases de datos: EBSCO, PubMed, B-ON, RCAAP, BVS, Cochrane Library, SciELO. Se obtuvo un total de 6488 artículos, constituyendo la muestra 10 artículos. Se procedió al análisis del contenido del corpus (corresponde a los cuidados de enfermería), del que se obtuvieron 2 categorías con un total de 55 unidades de registro.**Resultados** - La distribución de los datos ha sido hecha de acuerdo con los presupuestos teóricos de la Teoría de Kolcaba: en la categoría de las Necesidades de Comodidad (28 unidades de registro) - 28% son de contexto físico, 14% ambiental, 56% psico-espiritual y 14% social; de las Medidas de Comodidad (27 unidades de registro) – 18% son tipo alivio, 56% tranquilidad y 26% transcendencia.**Conclusión** - Las necesidades de comodidad derivan esencialmente del contexto físico y psico-espiritual y las medidas de comodidad más a menudo adoptadas son para el alivio y la tranquilidad. La disciplina de Enfermería es la que más preocupación demuestra por los cuidados de comodidad.**Palabras clave:** Paciente; Cuidados Críticos; Comodidad

RESUMO:

Objetivo - Identificar as necessidades e as medidas de conforto do internado em cuidados intensivos.**Material e Método** - As questões de investigação são: quais as necessidades de conforto do doente internado em cuidados intensivos? e quais as medidas que promovem o conforto do doente internado

em cuidados intensivos? Procedeu-se à análise dos descritores no DeCS e MeSH no âmbito do conforto do idoso nos cuidados intensivos. Pesquisa booleana nos motores de busca de bases de dados: EBSCO, PubMed, B-ON, RCAAP, BVS, Cochrane Library, SciELO. Obteve-se uma população de 6488 artigos, constituindo a amostra 10 artigos. Realizada análise de conteúdo ao corpus (corresponde aos cuidados enfermagem), do qual se obteve 2 categorias com um total de 55 unidades de registo.

Resultados - A distribuição dos dados foi de acordo com os pressupostos teóricos da Teoria de Kolcaba: na categoria das Necessidades de Conforto (28 unidades registo) - 28% são do contexto físico, 14% do ambiental, 56% psico-espiritual e 14% do social; das Medidas de Conforto (27 unidades de registo) - 18% são do tipo alívio, 56% de tranquilidade e 26% transcendência.

Conclusão - As necessidades de conforto decorrem essencialmente do contexto físico e psico-espiritual e as medidas de conforto mais frequentemente adotadas destinam-se ao alívio e à tranquilidade. A disciplina de Enfermagem é a que mais preocupação demonstra pelos cuidados de conforto.

Palavras Chave: Doente; Conforto; Cuidados Intensivos

ABSTRACT:

Aims – To identify comfort needs and measures of the patient admitted in intensive care units.

Material and Method – The investigation questions are: what are the comfort needs of the patient admitted in intensive care and which measures should be undertaken to promote comfort to the patient admitted in intensive care units? It was carried out an analysis of the descriptors (keywords) in DeCS and MeSH within the scope of comfort care to elderly patient in intensive care units. Boolean research through data base searching engines: EBSCO, PubMed, B-ON, RCAAP, BVS, Cochrane Library, SciELO. It was obtained a 6488 article population of which 10 articles composed the sample. It was analysed the content of the corpus (corresponding to nursing care) allowing to obtain 2 categories totalizing 55 registration unities.

Results – Data distribution was according to theoretical assumptions of Kolcaba Theory: in the category of Comfort Needs (28 registration unities) - 28% are of physical order, 14% environmental, 56% psycho-spiritual and 14% of social order; as far as Comfort Measures are concerned (27 registration unities) – 18% concern suffering relieve, 56% peaceful atmosphere and 26% transcendence.

Conclusion – Comfort needs concern essentially physical and psycho-spiritual context and the comfort measures more frequently adopted are aim to relieve suffering and promote a peaceful atmosphere. Nursing disciplin is the one that shows more concern towards comfort care.

Keywords: Patient; Comfort; Critical Care

INTRODUCCIÓN

El cuidado al paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos se basa en un plan complejo de diagnóstico y tratamiento. La multiplicidad de problemas que el paciente enfrenta, debido a las alteraciones fisiológicas del proceso patológico, desafía a los profesionales de la salud a tener un enfoque holístico. No siempre un enfoque tradicional y / o convencional a los problemas del que es objeto de cuidados intensivos, puede responder a sus necesidades.

En la perspectiva de cuidar mejor al paciente enfermo, en la satisfacción de sus necesidades humanas básicas, se pide a los enfermeros una estrategia que responda a las exigencias de la sociedad y del estado del arte. La utilización de un referencial teórico en el delineamiento del plan de cuidados de enfermería es un elemento clave. La vivencia de un proceso de enfermedad crítica, en el que el ambiente envuelto se caracteriza por una multiplicidad de equipamientos tecnológicos, puede poner el cuidado humano en segundo plano.

La hospitalización del paciente crítico es un proceso revestido de experiencias frágiles, dada la exposición a los elementos de estrés y amenazas (integridad corporal, vergüenza, dolor, cansancio, separación, dependencia y otras privaciones) .¹

Las prioridades de salud al paciente hospitalizado se centran en el tratamiento de la enfermedad, exponiéndolo al declive funcional.¹

En el proceso de asistencia del paciente crítico, es cada vez más frecuente la presencia del anciano beneficiario de los cuidados intensivos. El anciano en situación crítica necesita una evaluación sistemática más intensa, dada su pérdida de capacidad de adaptación al estrés y a la enfermedad. La incapacidad de adaptación provoca un riesgo significativo de declive funcional después del alta.²

El impacto de la multimorbilidad del paciente crítico de edad avanzada, y su capacidad de readaptación fisiológica disminuida, implica la utilización recurrente de instituciones de salud, cuyos costes, a menudo, son significativamente más grandes en comparación con otras edades.³

El contexto de cuidados intensivos se caracteriza por la diferenciación de los equipos multidisciplinarios, con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar situaciones de enfermedad crítica potencialmente reversible en pacientes que tienen una o más funciones vitales.⁴ Exigen cuidados de enfermería más intensos y vigilantes.²

El papel del enfermero es de extrema importancia en la satisfacción de las necesidades, en la potenciación y readaptación de las capacidades y en la garantía de la dignidad del paciente. El confort es un área de atención relevante para la enfermería, caracterizándose por la sensación de tranquilidad física y de bienestar corporal.⁵ El confort puede ser de tipo alivio, tranquilidad y trascendencia. Es una experiencia holística de la persona después de recibir medidas de confort.^{1, 6-8}

El proceso de confort junto al paciente se realiza a partir de la interacción entre el profesional, el contexto y la voluntad de que suceda. Este proceso se caracteriza por la visión holística de la persona y por la planificación de la salud en asociación con el paciente / familia y demás actores, con base en el compromiso, intencionalidad y mutualidad. La dependencia, la fragilidad y la vulnerabilidad del paciente, en concreto el anciano, compromete al enfermero en acciones confortadoras.¹

En esta perspectiva, nos propusimos investigar: ¿Cuáles son las necesidades de confort del paciente adulto y mayor en cuidados intensivos? ¿Cuáles son las medidas que promueven el confort del paciente adulto y de edad avanzada en cuidados intensivos?

MATERIAL Y MÉTODO

La práctica basada en la evidencia permite la toma de decisiones sostenida en el conocimiento científico, contribuyendo a la mejora de la calidad del cuidado.^{9, 10} La revisión integrativa busca el análisis de la producción intelectual, haciendo la síntesis del estado del conocimiento de un determinado tema, apuntando soluciones y lagunas del conocimiento. Según los expertos consultados, la construcción de la revisión integrativa implica seis etapas, por las cuales vamos a orientar la construcción de esta revisión.¹¹⁻¹⁴

El objetivo delineado para esta revisión integrativa consiste en identificar las necesidades y las medidas de confort del paciente adulto y anciano internado en cuidados intensivos.

En la primera etapa, construimos la pregunta de la investigación utilizando el método PIC[O]D: participantes, intervención, (comparación), *outcomes* y diseño.^{11, 15}

Con el fin de utilizar una terminología única en la investigación de la literatura fueron consultados los descriptores en lengua portuguesa en el DeCS¹⁶, y después de su traducción al inglés fueron sondados en el MeSH¹⁷. Los descriptores adoptados para la investigación de este estudio son: *patient, comfort, well-being, critical care, intensive care, nursing, nursing care, critical care nursing, intensive care nursing*.

El proceso de muestreo fue elaborado en la etapa 2, con el establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión para esta revisión, presentados en la tabla 1.

Tabla 1 - Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de selección	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
1ª fase de investigación (aplicación de criterios en el motor de búsqueda)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Artículos disponibles en línea de forma integral ✓ Artículos en lengua inglesa, portuguesa, española o francesa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentos anteriores al año 2010
2ª fase de investigación (adecuación del título y resumen)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inclusión en el estudio de pacientes adultos / ancianos en el contexto de cuidados intensivos ✓ Enfoque de la comodidad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentos escritos en lengua distinta a la de los criterios de inclusión ✓ Inclusión en el estudio de pacientes menores de 18 años ✓ Contexto que no los cuidados intensivos ✓ Artículos repetidos
3ª fase de investigación (lectura completa)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El estudio responde parcialmente a las cuestiones de investigación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudio no responde a las preguntas de investigación

Dado el carácter de la revisión integrativa, se ha consultado el mayor número de bases de datos. Para la realización de la investigación se delineó una estrategia de investigación booleana: *[patient] and [Comfort (or) well-being] and [critical care (or) intensive care] and [nursing (or) nursing care (or) critical care nursing (or) intensive care nursing]*. En la investigación de *[Comfort (or) well-being]* se seleccionó el campo del asunto del motor de búsqueda, mientras que para los otros términos se mantuvo una búsqueda libre por todo el documento.

La investigación en las bases de datos se realizó del 15 al 25 de mayo de 2016, en los siguientes motores de búsqueda de bases de datos: EBSCO (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database): 278 artículos científicos; PubMed: 4894 artículos científicos; B-ON: 656 artículos científicos; Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal: 421 artículos científicos; Biblioteca Virtual em Saúde: 38 artículos científicos; Cochrane Library: 147 artículos científicos; e

SciELO: 54 artículos científicos. Después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 10 artículos, que representan la muestra.

La tercera etapa permite la organización y el resumen de la información de los artículos. Se aplicaron los ítems de la tabla 2, previamente elaborados, después de leer en la integración de los artículos, para la obtención de los datos relevantes, que incluyen: la procedencia, el título del artículo, autores, periódico (Vol, nº, pág. Año) y finalidad del estudio.

En la etapa 4, se procedió al análisis crítico de los artículos seleccionados, habiéndose elaborado un instrumento de apoyo (tabla 3) con la siguiente información: el nombre del estudio, la muestra, tipo de investigación, método de análisis, principales resultados y nivel de evidencia. Para tener una imagen jerárquica del conocimiento, los estudios fueron clasificados en cuanto al nivel evidencia, por la pirámide propuesta por Polit.¹⁰

Tabla 2 - Resumen de la información general

Procedencia	Título del artículo	Autores	Periódico (Vol, nº, pág. ano)	Finalidad
MEDLINE	Sedation in adults receiving mechanical ventilation: physiological and comfort outcomes	Mary Jo Grap, Cindy L Munro, Paul A Wetzel, Al M Best, Jessica M Ketchum, V Anne Hamilton, Nyimas Y Arief, Rita Pickler, Curtis Sessler	American Journal Of Critical Care (Vol. 21, nº3, pág. 53, 2013)	Describir las relaciones entre la sedación, la estabilidad fisiológica y el confort durante un período de 24 horas en los pacientes en ventilación mecánica
MEDLINE	Pressure ulcer incidence in patients wearing nasal-oral versus full-face noninvasive ventilation masks	Marilyn Schallom, Lisa Cracchiolo, Antoinette Falker, Jennifer Foster, JoAnn Hager, Tamara Morehouse, Peggy Watts, Linda Weems, Marin Kollef	American Journal of Critical Care (Vol. 24, nº 4, pág. 349-357, 2015)	Evaluar la incidencia, localización, y categoría de las úlceras de presión y comodidad del paciente con máscara nasal oral comparada con máscara de cara.
MEDLINE	Physiological Responses to Passive Exercise in Adults Receiving Mechanical Ventilation.	Christina Amidei, Mary Lou Sole	American Journal of Critical Care (Vol. 22, nº 4, pág. 337-349, 2013)	Evaluar las respuestas fisiológicas de los adultos al protocolo estándar de ejercicios pasivos en la prevención de la disminución de la fuerza en pacientes sometidos a ventilación mecánica
CINAHL Complete	Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients	Irene Randen, Anners Lerdal, Ida T Bjørk	Nursing In Critical Care (Vol. 18, nº 4, pág. 176-186, 2013)	Describir las percepciones y evaluaciones de los enfermeros de cuidados intensivos sobre los síntomas desagradables de la ventilación mecánica y sedación de los pacientes adultos de cuidados intensivos
CINAHL Complete	Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey	Ilme Aro, Anna-Maija Pietilä, Katri Vehviläinen-Julkunen	Journal of Clinical Nursing (Vol. 21, nº 13/14, pág. 1847-1858, 2012)	Describir la percepción de la importancia de las necesidades de los pacientes en cuidados intensivos y determinar las correlaciones entre sus características demográficas.
CINAHL Complete	Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand.	Rozzano C Locsin, Waraporn Kongsuwan,	Nursing in Critical Care (Vol. 18, nº 4, pág. 200-211, 2013)	Describir el significado de las experiencias de los pacientes internados en los cuidados intensivos que dependen de las tecnologías
MEDLINE	Does an additional structured information program during the intensive care unit stay reduce anxiety in ICU patients?: a multicenter randomized controlled trial.	Steffen Fleischer, Almuth Berg, Johann Behrens, Oliver Kuss, Ralf Becker, Annegret Horbach, Thomas R Neubert	BMC anesthesiology (Vol. 14, pág. 48, 2014)	Evaluar si un programa de información estructurado que intensifica la información proporcionada en el proceso de tratamiento, reduce la ansiedad en pacientes internados en cuidados intensivos.
CINAHL Complete	Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients.	Lory Clukey, Ruth A Weyant, Melanie Roberts, Ann Henderson	American Journal Of Critical Care (Vol. 23, nº3, pág. 216-220, 2014)	Explorar las percepciones de los enfermos que fueron entubados y recibir medicación para el dolor, mientras que sedado e internado en la unidad de cuidados intensivos, en particular, su experiencia y sus recuerdos de la experiencia.
CINAHL Complete	Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients.	Judith Ann Tate, Annette Devito Dabbs, Leslie A Hoffman, Eric Milbrandt, Mary Beth Happ	Qualitative health research (Vol.22, nº2, pág. 157-173, 2012)	Describir las características de ansiedad y agitación experimentadas por pacientes sometidos a ventilación mecánica. Explorar cómo los profesionales de la salud reconocen e interpretan la ansiedad y agitación a los pacientes sometidos a la ventilación mecánica. Describir estrategias e intervenciones utilizadas en la gestión de la ansiedad y agitación en pacientes sometidos a ventilación mecánica.
CINAHL Complete	A threat to the understanding of oneself: intensive care patients' experiences of dependency.	Kristina Lykkegaard, Charlotte Delmar	International journal of qualitative studies on health and well-being (Vol.8, pág. 1-12, 2013)	Explorar la percepción del significado de estar dependiente de cuidados en el enfermo de cuidados intensivos

Tabla 3- Evaluación de la muestra

Estudios primarios	Muestra / tamaño	Tipo de Investigación	Método de análisis	Conceptos	Nivel de evidencia ¹⁵
Sedation in adults receiving mechanical ventilation: physiological and comfort outcomes	169 pacientes internados en cuidados intensivos (19-83 años)	Estudio observacional prospectivo	Estadística descriptiva	Ventilación mecánica Confort	IV
Pressure ulcer incidence in patients wearing nasal-oral versus full-face noninvasive ventilation masks	(200) pacientes internados en cuidados intensivos (18-90)	Estudio controlado no aleatorizado	Análisis estadístico con soporte del software SPSS ¹⁸	Ventilación no invasiva Mascaras Confort Úlceras por presión	IIb
Physiological Responses to Passive Exercise in Adults Receiving Mechanical Ventilation.	30 pacientes internados en cuidados intensivos (21-90 años)	Cuasi-experimental	Análisis estadístico	Ventilación mecánica Ejercicios musculares	IV
Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients	183 enfermeras de cuidados intensivos	Estudio observacional transversal	Estadística descriptiva con soporte del software SPSS	Ventilación mecánica Sedación Síntomas	IV
Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey	166 pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (22-87 años)	Estudio descriptivo	Métodos estadísticos. Uso del programa informático SPSS Inc.	Cuidados Intensivos Necesidades de cuidado	VI
Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand.	10 pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (18-80 años)	Fenomenológico hermenéutico	Categorización	Cuidado Competencias tecnológicas	VI
Does an additional structured information program during the intensive care unit stay reduce anxiety in ICU patients?: a multicenter randomized controlled trial.	211 pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (55 - 74 años)	Estudio experimental aleatorizado controlado	Análisis estadístico con soporte software R	Cuidados intensivos Cuidados críticos Información Ansiedad	IIa
Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients.	14 pacientes internados en cuidados intensivos (adultos)	Estudio fenomenológico	Método inductivo con el apoyo del software NVivo ⁹	Ventilación mecánica El dolor Sedación Experiencias	VI
Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients.	30 pacientes internados en cuidados intensivos (25-87 años)	Estudio etnográfico	Codificación de los datos con el software ATLAS.ti	Confort Intervenciones de enfermería Gestión de síntomas Ansiedad Agitación	VI
A threat to the understanding of oneself: intensive care patients' experiences of dependency.	3 pacientes internados en cuidados intensivos (27-78 años)	Fenomenológico hermenéutico	Análisis estructural	Dependencia Autonomía Vergüenza	VI

Con la información suministrada de los artículos sobre los cuidados de confort, la cual constituye el corpus documental, se procedió al análisis de contenido, con el apoyo del software NVivo 11.¹⁸⁻²⁰ Fueron delineadas para categorización, las necesidades y las medidas de confort las unidades de registro corresponderán a las necesidades del anciano en situación crítica, ya las medidas adoptadas para obtener el confort.

En la penúltima etapa, tendrá lugar la discusión de los resultados, donde serán comparados los datos evidenciados, con los presupuestos teóricos. Podemos identificar posibles lagunas del conocimiento y sugerir estudios futuros. Se identificarán los sesgos que pueden comprometer los resultados divulgados.

En último, procedimos a la síntesis del conocimiento sobre las necesidades y medidas de confort del paciente adulto y anciano en contexto de cuidados intensivos, en forma de figura esquemática (figura 1 y 2).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis y la discusión de los datos permiten identificar el contenido relevante de los estudios primarios. Se inició la discusión con la presentación de la síntesis de los datos recogidos, en la tabla 3, la cual hace un resumen de cada artículo y su impacto en la práctica basada en la evidencia.

Por la pirámide jerárquica de la evidencia, verificamos que el 50% de los estudios presentados tienen baja fuerza de evidencia, están en el nivel VI, mientras que el 20% está cerca de la cima, en el nivel II. Dado el hecho presentado, las recomendaciones que puedan surgir, siempre deben someterse a un proceso de reflexión y discusión crítica.

De los estudios presentados, los investigadores en su gran mayoría son Enfermeros. Existe la participación de Médicos en 3 estudios y en un estudio la presencia de 1 Terapeuta de Cinesioterapia Respiratoria. La inclusión de otros profesionales en las investigaciones enriquece el estudio del objeto, por el carácter multidisciplinario introducido. No todos los estudios son claros en cuanto a la filiación de los autores. Sin embargo, es posible verificar la participación de investigadores con filiación en el ámbito clínico de cuidados intensivos y en el ámbito académico. Los hechos mencionados son un valor añadido en la evaluación crítica de los artículos científicos, en cuanto a la credibilidad de los autores en la investigación, ya sea por el conocimiento clínico o por el conocimiento de los supuestos metodológicos de investigación. Estos resultados van en contra de las conclusiones de Ramos et al²¹, quienes refieren que el confort es un factor importante en el bienestar del paciente, y es una responsabilidad compartida por el equipo multidisciplinar del hospital.

De los 10 artículos en análisis, el 80% fue publicado en periódicos que abordan los cuidados críticos (siendo 3 del foro de enfermería, 1 del ámbito médico y los demás multidisciplinarios). Dos artículos se publicaron en revistas del ámbito de la calidad de la atención de salud.

Las opciones metodológicas de los artículos en análisis (descritas en la tabla 3) se encuentran equilibradas, dado que el 40% siguió el paradigma cualitativo y el 60% el cuantitativo. En la evaluación de las necesidades y de las medidas de confort del anciano, el pensamiento naturalista profundiza por un lado el conocimiento de la

naturaleza del objeto, pero por otro implica la pérdida de fuerza en las recomendaciones para la práctica basada en la evidencia.

En la suma de los estudios, observamos que se estudiaron 780 pacientes internados en cuidados intensivos, con edades comprendidas entre los 18-90 años, y 183 enfermeros que prestan cuidados en una unidad de cuidados intensivos. Se observa que los estudios se realizaron en Europa, Asia y América.

En el curso de la identificación de los sesgos, cabe hacer referencia a las temáticas por ellos abordadas. En el 50% de los estudios, el confort se abordó en el ámbito de la ventilación mecánica. Entendemos que la síntesis de conocimientos realizada en esta revisión integrativa, está influenciada por las problemáticas asociadas a la ventilación mecánica, no retira calidad a este estudio, apenas reduce su amplitud.

De acuerdo con la Teoría del Confort de Kolcaba, existen cuatro contextos en que ocurren confort: físico, psicoespiritual, ambiental y sociocultural.⁶ En los estudios analizados, se identificaron las necesidades de confort y las medidas que lo promueven, a través de la técnica de análisis de contenido (los resultados se pueden observar en las figuras 1 y 2).

Las necesidades de confort deben ser leídas como las necesidades de atención de salud. Resulta de tensiones experimentadas por la persona en el proceso de salud / enfermedad, causándole problemas que requieren algún tipo de confort.⁶⁻⁸

Figura 1- Necesidades de Confort



Según la Teoría del Confort de Kolcaba, los cuidados de enfermería se dirigen a las necesidades de confort, y no son satisfechas por los sistemas de soporte tradicional. Las necesidades pueden ser físicas, psico-espirituales, sociales y ambientales.⁶⁻⁸

En el análisis de contenido, se identificaron 28 unidades de registro en el marco de las necesidades de confort. La unidad de registro se traduce en necesidades de cuidados concretos. Cada subcategoría del análisis de contenido representa el contexto del que

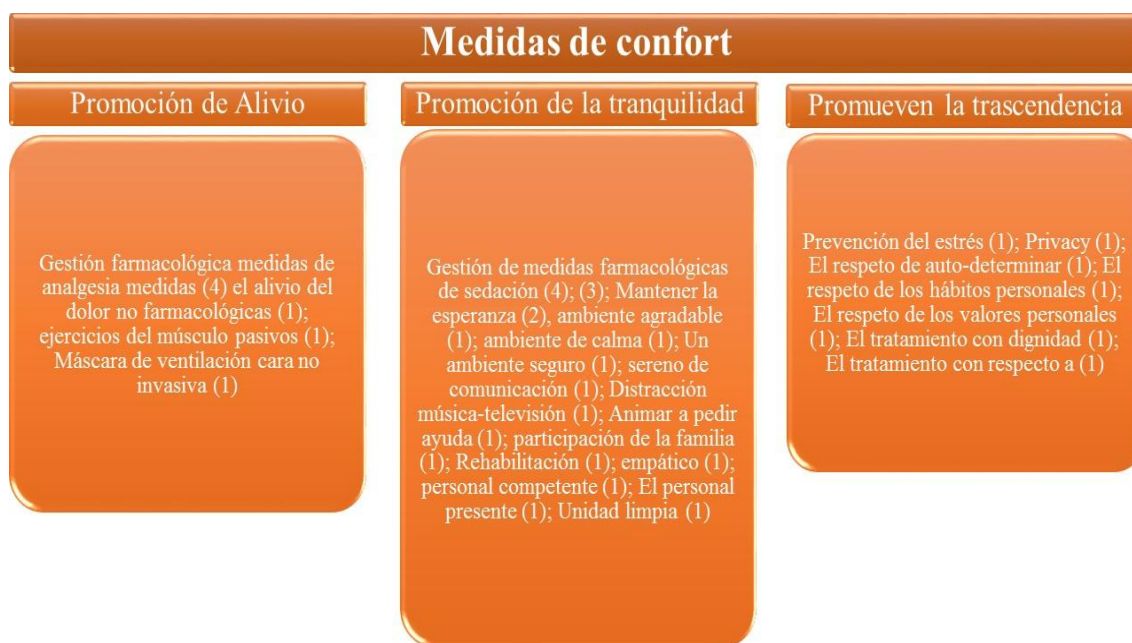
emergen las necesidades, por lo que el 28% de las necesidades emergen del contexto físico, el 14% del medio ambiente y el 14% del social, mientras que el 56% de las necesidades identificadas se derivan del contexto psico-espiritual.

En el contexto de cuidados intensivos las necesidades más mencionadas por los estudios primarios son: el dolor, la ansiedad, el miedo, la frustración, la pérdida de autonomía, la ventilación mecánica y la visita de familiares y amigos. Estos resultados son corroborados por Blanca et al²² (2008) y Cidalia et al²³ (2011), con estudios similares sobre la temática de las experiencias vivenciadas por el paciente internado en cuidados intensivos, las cuales identificaron las sensaciones traumáticas vivenciadas por los enfermos y familias, así como, la escasez de información, la necesidad de atención personalizada, la presencia de dispositivos invasivos y un ambiente no natural.

Al enfermero se le pide que identifique las necesidades de confort, planifique y ejecute medidas, revalorándolas después de su implementación. La evaluación puede ser subjetiva u objetiva, del paciente.⁶⁻⁸ Así pues, las medidas de confort deberán ser acciones de enfermería, para abordar las necesidades de confort del enfermo, en una perspectiva holística y dinámica.

Las medidas de confort para el paciente adulto y el anciano tienen como objetivo el alivio de la incomodidad, la eliminación de los elementos estresores, el apoyo espiritual y familiar, y garantizar la esperanza en la vida en el contexto hospitalario.²

Figura 2- Medidas de confort



De los artículos en estudio, las medidas de confort promotoras de la tranquilidad fueron las más implementadas. En la categoría de las medidas de confort se identificaron 27 unidades de registro, que representan las intervenciones de enfermería. De la totalidad de las medidas de confort, el 18% promueve el alivio, el 56% la tranquilidad y el 26% la trascendencia.

La gestión de medidas para aliviar el dolor fueron las más utilizadas en los estudios analizados. Gélinas²⁵ identifica las medidas no farmacológicas como medidas eficaces, seguras y de bajo costo para aliviar el dolor, de total autonomía de los enfermeros de cuidados intensivos, en complementariedad con el tratamiento farmacológico.

En el marco de las medidas de confort promotoras de la tranquilidad, se evidenció que la gestión de medidas farmacológicas sedantes, la información prestada a los pacientes y la ayuda a mantener la esperanza, son las más enunciadas por los estudios. La comunicación de la información fue identificada por Pott et al²⁶ como una estrategia de confort, fundamental en la prestación de cuidados humanizados. Las estrategias facilitadoras de los diferentes autocuidados fueron comprobadas por Silva & Valente Ribeiro²⁷ y Carvajal Carrascal et al²⁸ como promotoras de la comodidad del paciente.

En la comodidad del tipo trascendental no existe una producción científica sólida, pero las medidas enunciadas se centran en el respeto por la individualidad y la dignidad del paciente.

El dolor, el miedo, la inseguridad, la pérdida de autonomía y la soledad son problemas que a menudo se presentan en el paciente internado en cuidados intensivos. Las medidas implementadas están de acuerdo con los hallazgos en la bibliografía²⁴ y son ellas el alivio del dolor, la prevención del sufrimiento, el mantenimiento de la esperanza, el respeto por la persona, la garantía de la dignidad y la implicación familiar, entre otras.

Otra lectura posible a realizar de esta revisión integrativa se refiere a la temática abordada por parte de los estudios primarios, el confort del paciente sometido a ventilación mecánica. Las necesidades de confort derivadas de la utilización de la ventilación artificial, la ansiedad, la agitación y el estrés respiratorio y la utilización de medidas de confort, como la gestión de las medidas farmacológicas de sedación, las enseñanzas al paciente, entre otras, se mantienen en concordancia.

CONCLUSIÓN

Después de la realización de la revisión integrativa, conseguimos responder a las cuestiones de investigación, con base en los presupuestos de la Teoría de Confort de Kolcaba y de la Teoría de la Naturaleza del Proceso de Confort del Anciano de Sousa.¹ La riqueza de datos no suprimió la totalidad de nuestras expectativas para este estudio, sin embargo, reveló oportunidades de investigación y reflexión sobre el confort del anciano en los cuidados intensivos.

Hemos logrado definir a través del análisis crítico de los artículos, las disciplinas que se preocupan por el fenómeno del confort, de las cuales destaca la Enfermería, con un papel preponderante, tanto en la creación de un marco teórico, así como del enfoque práctico del confort.

Las necesidades de confort del paciente se derivan esencialmente de un contexto experimentado físico y psico-espiritual. Para el paciente, el ambiente de cuidados intensivos encierra lo desconocido, lejos de su contexto natural, envuelto por complejos sistemas tecnológicos y con gran probabilidad de afectaciones corporales y psíquicas iatrogénicas derivadas del plan terapéutico.

La internación en cuidados intensivos se envuelve en una niebla de sentimientos de inseguridad, dolor, sufrimiento y ansiedad, que inducen al paciente crítico la incomodidad.

La evidencia científica revela que las medidas de confort más implementadas apuntan al alivio y la tranquilidad. De las estrategias promotoras del confort analizadas, las que determinan consenso general en los estudios primarios analizados son: la gestión de la analgesia / sedación, la realización de ejercicios pasivos y la implementación de programas de información estructurados.

Este estudio enriquece el conocimiento sobre el proceso del confort prestado al paciente en el contexto de cuidados intensivos. Sin embargo, la producción científica hasta aquí es parca. Es plausible recomendar a los enfermeros, la reflexión sobre los presupuestos teóricos de Katherine Kolcaba y Sousa, y la investigación sobre los cuidados de confort al enfermo en contextos específicos. De esta forma, será posible construir un núcleo sostenido de medidas de confort que respondan de forma efectiva a las necesidades de atención de salud.

REFERENCIAS

1. Sousa P. O conforto da pessoa idosa. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2014. 168 p.
2. Urden L, Stacy K, Lough M. Enfermagem de Cuidados Intensivos: diagnósticos e intervenção. 5ª ed. Loures: Lusodidacta; 2008. 1292 p. 3. OMS. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde [Internet]. Ginebra: Organização Mundial de Saúde; 2015 [cited 2016 Jun 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1
4. Ministério da Saúde. Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2015. [cited 2016 Jun 1]. 459 p. Available from: <http://www2.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/avaliacao+uci.htm>
5. ICN. Classificação internacional para a prática de Enfermagem: CIPE Versão 1. Tradução P. Ginebra: Ordem dos Enfermeiros; 2005. 210 p.
6. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusociência; 2004. 750 p.
7. Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. Nurs Outlook [Internet]. 2001 Mar [cited 2016 Jun 10];49(2):86–92. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107034755&lang=pt-br&site=ehost-live>
8. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. J Adv Nurs [Internet]. 1994 Jun [cited 2016 Jun 10]; 19(6):1178–84. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107453730&lang=pt-br&site=ehost-live>
9. Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. 3ª Ed. Loures: Lusociência; 2003. 388 p.
10. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa de Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 667.
11. CRD. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care [Internet]. 3ª ed. York: University of York; 2009 [cited 2016 Jun 10].

Available from: http://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf

12. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 10];8(1):102–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. Mendes KDS, Silveira RCDP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm*. 2008;17(4):758–64.
15. Ramalho A. Manual de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise. Coimbra: Formasau; 2005. 112 p.
16. BVS. Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde; 2016 Mar [cited 2016 May 14]. Available from: <http://decs.bvs.br/>
17. NCBI. MeSH [Internet]. Bethesda: National Center for Biotechnology Information; 1999 Set 1 [updated 2016 Abr 1; cited 2016 Mai 14]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
18. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 229 p.
19. QRS International. NVivo 11 for Windows. 2016.
20. Amado JS. A Técnica de Análise de Conteúdo. *Rev Ref*. 2000 Nov; 5: 53-63 p.
21. Ramos Frausto VM, Rico Venegas RM, Martínez PC. Percepción del familiar acompañante com respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. *Enferm Global*. 2012 Ene; 25: 219-32
22. Blanca Gutiérrez JJ, Blanco Alvarinho AM, Luque Pérez, et al. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enferm Global*. 2008 Feb; 12: 1-14
23. Castro C, Vilelas J, Botelho MAR. A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: revisão sistemática da literatura. *Pens Enferm*. 2011 2º semestre; 15 (2): 41-59
24. Sousa PP, Mendes CMA. O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2012; III Série (7):149–58. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200016&nrm=isso
25. Gélinas C, Arbour C, Michaud C, et al. Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nurs Crit Care*. 2012; 18 (6): 307-18
26. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm*. 2013 Mar-Abr; 66 (2): 174-9
27. Silva JMC, Valente Ribeiro PPS. Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/radioterapia e a sua relação com o conforto. *Enferm Global*. 2015 Ene; 37: 384-99
28. Carvajal Carrascal G, Montenegro Ramírez JD. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enferm Global*. 2005 Oct; 40: 340-50

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia